

WNIOSEK O WYDANIE KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE PACJENTA:

.....
Imię i nazwisko

..... I . I . I . I . I . I . I . I . I . I . I . I . I . I . I . I
Data urodzenia pesel

.....
Adres i telefon

- Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej kompletnej TAK / NIE lub od roku.....dotyczącej mojej osoby
- Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej mojego dziecka
- Zwracam się z prośbą o wydanie kopii dokumentacji medycznej na podstawie upoważnienia pacjenta

ZOBOWIĄDUJE SIĘ DO POKRYCIA KOSZTÓW KSEROKOPI DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Podpis osoby składającej wniosek.....Data.....

Data i podpis pracownika rejestracji przyjmującego wniosek.....

POTWIERDZENIE ODBIORU KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

ILOŚĆ STRON KOPI..... CENA.....

.....
DATA I PODPIS OSOBY ODBIERAJĄCEJ KOPIĘ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

POTWIERDZENIE WYDANIA KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

.....
Data i podpis pracownika rejestracji wydającego kopię dokumentacji medycznej